

---

RÓZSA ERZSÉBET

---

## **AZ ETIKA KIIKTATHATATLANSÁGA A MODERN MEDICINÁBAN - A HAGYOMÁNYOS ORVOSI ETIKAI, A BIOMEDICINÁLIS ETIKAI ÉS BIOETIKAI PERSPEKTÍVÁK METSZÉSPONTJÁN**

Az orvosi hivatás etikai és jogi szabályai betartásának hiányosságai az egészségügy mindennapjaiban komoly problémákat jeleznek. Széles körben elterjedt vélekedés, hogy a hivatásbeli normák törvényekbe foglalása csak írott malaszt. A paraszolvencia közismert témáját most csak érintőlegesen említjük, jóllehet ez alapvető jelentőségű szindróma ebben az összefüggésben is. A paraszolvencia legalább annyira (büntető)jogi kérdés, mint amennyire etikai. Jelen írásban azonban nem erre, hanem az önmagában is összetett morál és etika problematikájára összpontosítunk a medicinában és az egészségügy mindennapjaiban.

Vitathatatlan tény, hogy részben éppen a paraszolvencia elterjedése és beivódása az orvos-beteg kapcsolatba vezetett ahhoz a veszedelmesen terjedő jelenséghez, amit a *medicina etikai semlegesítésének* vagy közömbösítésének nevezhetünk. Ez a jelenség napjainkra a mai egészségügyi szereplők (beleértve a betegeket és hozzátartozóikat) körében meglehetősen elterjedt, és komoly veszélyforrást jelent a medicina minőségére és ennek jövőjére.

Mindenekelőtt azért, mert a medicina szereplőinek viszonyrendszere, ennek etikai jellege, minősége egy társadalom jelene és jövője szempontjából sem másodlagos kérdés. A medicina *társadalmilag hagyományosan magasra értékelt státusza etikai jellegére is kihat: ha az etikai és szociális magas érték megkérdőjeleződik, az komoly problémákhoz vezet(het) az ellátás minőségében is. Márpedig az orvoslás lényege konstans: a medicina képes és köteles reagálni az emberi létezés szükséghelyzeteiből eredő humán és személyes egzisztenciális igényekre. A jóttevés orvosi etikai normája a hivatás lényegéből eredő medicinális gyakorlat belső/intern szabályozó elve, ami a legmagasabb etikai minőséggel ruházza fel a medicinát és gyakorlóinak tevékenységét, és ezt az alapértéket semmi nem írhatja felül.*

### **1. Az orvos-beteg kapcsolat mintaadó szerepének veszélyeztetettsége, ennek társadalmi és medicinális hatásai**

Az orvos-beteg kapcsolat szociokulturális és etikai jellege, minősége nemcsak visszatükrözi a fennálló viszonyokat, hanem *mintaadó* terület is, magasra értékelt minősége következtében. Az orvos-beteg kapcsolat jellege és színvonala

alapvető interszubjektív és interakciós érintkezési modellként kihatással van a mindenkori társadalom más kapcsolati, interakciós és kommunikációs formáira is.

Am ha a társadalmi érintkezési viszonyokban és mintákban még feudalisztikus vonások uralkodnak, amit a magyar társadalomról számos szociológiai vizsgálat igazol, akkor nyilvánvaló, hogy a társadalmi környezet legkülönbébb szegmenseiben, így az orvoslásban is érzékelhetők ennek tünetei.<sup>1</sup> A társadalmi kapcsolatok jellemzően elterjedt típusai és magatartási mintái befolyásolják a mintának tekintett hivatásbeli kapcsolattípusokat. Persze a gyakorlatban mindig kettőn áll a vásár, ahogy a paraszolvencia kérdésében is. De ez nem jelenti azt, hogy az etikai felelősség is azonos szintű lenne. A mintaadó csoportnak, legyen ez az értelmiségi elithez tartozó orvostársadalom (vagy más összefüggésben a politikai elit), *más nagyságrendű a társadalmi és etikai felelőssége*. Az előbbinek a betegekkel, az utóbbinak a választókkal, mindkettőnek a (magyar) társadalommal szemben. *Ha elvész ez a társadalmi felelősségérzet*, ami az orvosi etika szabályain nyilván jóval túlmutató kérdés, akkor ez *az egész társadalomra nézve súlyos veszteség*. S ha ráadásul még a *szakmai felelősségérzet*, így az orvosi (politikusi, tanári, lelkeszi stb.) felelősségérzet és morális attitűd is sérül, akkor ez további komoly veszteséget hoz magával nemcsak az adott társadalmi réteg, hanem az egész társadalom, annak minden tagja számára.

Az orvos *szakmai felelősségérzetének sérülésére* bárki számos példát tud felhozni. Felmerül a kérdés: vajon hozzá lehet-e, s egyáltalán hozzá kell-e szokni ahhoz, hogy a beteget némely rendelőben vagy klinikai ambulancián levegőnek nézik, miközben az asszisztensek a folyosón sétálgatva a betegek füle hallatára tárgyalják ki az éppen esedékes magánéleti gondjaikat, s órákon át tudomást sem vesznek az időpontra odarendelt beteg jelenlétéről? Nem ritka az ilyen helyzet, ami valóban azt a benyomást kelti, hogy szó sincs itt morális érzékről, de hivatásbeli etikai kötelességről sem, hogy a társadalmi és szakmai etikai felelősségérzetről ne is beszéljünk, a betegjogokat pedig egyenesen felejtjük el. Arról a törvényes kötelezettségről még nem is ejtettünk szót, hogy az egészségügyi intézményekben dolgozóknak munkaidejük teljes időtartama alatt kötelességük a betegek megfelelő szintű és szervezettségű ellátása. A törvényen kívüliség állapotát tovább erősíti a (tudatos vagy tudattalan) *morális semlegesítési szándék*, *aminek számos jelét tapasztaljuk*. S mindehhez a betegek hozzájárulása is kell.

1 Valuch Tibor a jelenkori magyar társadalmat elemző könyvében megállapítja: „A társadalmi és gazdasági viszonyok a teljesítménnyel szemben a pozíciók által dominált személyi függőségek továbbélését segítették elő, tartósítva a kontraszelekció, a protekcionizmus és a korrupció mechanizmusait, amelyek végső soron a demoralizálódást, a dezintegrálódást erősítették és gyengítették a társadalmi intergációt.” Valuch 2015. 185. A nyolcvanas évek e társadalmi jellegzetességei és a hozzájuk kötődő értékek a rendszerváltás óta sem tűntek el, sőt nem is gyengültek. Vö. Kovács – Dupcsik – Tóth – Takács 2012, Kolosi – Tóth 2010. Joggal állapítja meg Valuch: „A gazdasági és a társadalmi életben a korábbi évtizedek során (részlegesen?) felszámolt polgári magatartásformák újrateremtése és megerősítése/megerősödése hosszú időt igénylő folyamat”. Valuch 2015: 186.

A sok tapasztalattal igazolható *morális deficit*, sőt *jogsértés* azonban mégsem jelenti azt, hogy a morális érzéket és attitűdöt és az etikai normákat felrúgta volna az adott szakmai vagy a szélesebb társadalmi közösség. Ezeket a normákat minden orvos az orvosi esküvel együtt elfogadta és elfogadja. Ez hozzátartozik a diplomához, ami nélkül a felavatott orvos eleve nem gyakorolhatná a hivatását. Az lehet, hogy egyes orvosok valóban úgy viselkednek, mintha az esküszegés természetes jelenség lenne. Ám ténylegesen egyetlen orvos sem kapott az illetékesektől (pl. az orvosi kamarától, vagy az adott orvosi egyetem, orvosi kar vezetésétől) felhatalmazást arra, hogy hatályon kívül helyezze akár csak önmagára vonatkozóan is a hivatásbeli etikai szabályokat, azok betartásának kötelező jellegét. S ami a legfontosabb: *az orvosi hivatás lényegéhez tartozik a humanitás, az, hogy a rászorulókon, a betegeken, a betegségük által kiszolgáltatottakon segítsen, enyhítse szenvedésüket, és mindent megtegyen jóllétükért. Ez az erkölcsi tartalom és tartás kiiktathatatlan és megkérdőjelezhetetlen összetevője az orvosi hivatásnak és az ezt gyakorlók habitusának – a modern medicina keretfeltételei között is.*

## **2. A morális attitűd és az erkölcsi habitus kiiktathatatlansága a medicinában**

A fásultság, a belefáradás, az empátia hiánya valós jelenségek, amelyek részben az egészségügy finanszírozási és szervezeti/szervezési problémáiból, a túlterhelésből és a túlzott nyomásból táplálkoznak. Mindennek ellenére nem igazolható sem az orvoslás etikai normáinak felfüggesztése, sem az egészségügyi személyzet morális érzékének hiánya. A beteg pontosan érzi és tudja, mi történik vagy éppen nem történik vele, és erről etikailag is releváns véleménye lehet és van is. Nyilván így vannak ezzel az orvosok és az egészségügy többi szereplői is: lelük mélyén tisztában vannak azzal, hogy adott napon több alkalommal is megsértették a morális és etikai elvárásokat a betegekkel való érintkezésben. Vagyis *a morális érzék, ha rejtetten, nem megfelelően kinyilvánítottan is, valójában mindig működik.* Ráadásul a morális semlegesítésre (elrejtésére, elhallgatására, gyakorlati kiiktatására) való törekvés mögött meghúzódó jelenségek, így a minden embert megillető morális előírások és normák (pl. a kölcsönös tisztelet) megsértése, az adott hivatáshoz kötődő felelősségérzet hatályon kívül helyezése nem jó senkinek. Nyilvánvalóan árt a betegnek, de nem használ az orvos és az egészségügyi személyzet lelkiismeretének s az adott intézmény hírnevének sem. Nem tesz jót az orvos emberi és szakmai önképének, de saját szakmai, valamint szakmája társadalmi presztízsének sem. Rombolja az orvos emberi és személyes tekintélyét, akkor is, ha a retorziótól féltő beteg az orvossal szemben vagy adott esetben alárendelt pozícióban lévő orvos a professzorral vagy mindenkori felettesével szemben mindezt nem nyilvánítja ki.

Minden ellenkező tapasztalat és vélekedés ellenére továbbra is érvényes, hogy *az egészségügy és az orvoslás összes szereplője morális érzékkel/attitűddel és erkölcsi habitussal rendelkezik. Ez általános szocializációs folyamatokban (a család, az iskola,*

az egyetemi képzés közösségi-kulturális és intézményi környezetében) *kristályosodik ki és interiorizálódik*. A szocializáció minden emberre jellemző, univerzális közösségi, ugyanakkor kulturálisan sajátos antropológiai vonás, ami a más emberekkel való *szükségszerű* érintkezéseinknek, létezésünkben az egymásra utaltságunknak az eredője. *Emberként is érintett* mindenki abban, amit tesz vagy nem tesz, s abban, ahogyan teszi, vagy ahogyan nem teszi. Elvégre nem magányos Robinsonokkal van tele a világunk, sőt még neki is volt társa Péntek személyében. A morálnak a másokra való ráutaltságon alapuló antropológiai jellege különösképpen nem függeszthető fel orvosi cselekvésekben és az orvos-beteg interakciókban: ennek fundamentuma a páciens részéről a *szükséghelyzetben és a ráutaltságban* van, az orvos részéről pedig a *szükséghelyzetben lévő emberen való segítség szakmai képességében és etikai elköteleződésében*. Legyen bármilyen fejlett is a medicinális technika, ezt a szükséghelyzetet és ráutaltságot, illetve az erre való szakmai és etikai tartalmú elkötelezett reagálást, a gyógyítás hivatásának vállalását és gyakorlását soha nem tudja felülírni.

Az orvos-beteg kapcsolatnak van egy erős támasza: *az orvosi etika, amely rögzíti és előírja az orvoslás és az orvos-beteg/páciens kapcsolat hivatásbeli etikai szabályait, elvárásait*. Ennek a hivatásbeli etikának a medicinában igen nagy múltra visszatekintő hagyománya van. A modern orvoslás feltételei mellett azonban szükség volt más etikai megközelítések kimunkálására is. Így került sor az utóbbi bő fél évszázadban a biomedicinális etika és a bioetika kidolgozására.<sup>2</sup>

### **3. A hagyományos/klasszikus orvosi etikától a bioetikához. Az orvos-beteg/páciens kapcsolat etikai aspektusai**

#### **3.1. A medicina normatív szabályozása az orvosi etikában**

Történeti szempontból különbség tehető a segítő és a beteg viszonyának *spon-tán-ösztönös, mágikus-vallásos* (a mágus vagy a javasasszony gyógyító szerepe a különböző kultúrákban közismert példa) formái, valamint a *tudományos formák* között.<sup>3</sup> Az orvoslásban a tudományok szerepének rendkívüli mértékű felértékelődése az újabb fejlemények közé tartozik. Napjaink gyakorlatától eltérően a természettudományok évszázadokon át nem uralták az orvoslást. Ez azt is jelenti, hogy az emberiség történetében lényegesen hosszabb időtartamú hagyománnyal rendelkeznek más gyógyítási formák. A *természettudományok kitüntetett szerepe az orvoslásban a 20. század fejleménye*.

##### **3.1.1. A hippokratészi hagyomány**

Ugyanakkor van olyan tradíció, amely az orvoslás tudományos alapjait és technikai lehetőségeit már évezredekkel ezelőtt figyelembe vette, és összekapcsolta

2 Bioetikai kutatómunkám jórészt a német bioetikához kötődik: ez adja meg a jellegét – és korlátait is. Vö. Rózsa 2017a, 2017b, 2017c.

3 Az orvosi etika történeti és kulturális kontextusainak témaköréhez vö. Schöne-Seifert 2007: 11.

az orvossal szemben felállított etikai normákkal. Ennek a tradíciónak a *kiindulópontja Hippokratész működése és műve* volt.<sup>4</sup> Hatása még ma is kiemelt jelentőségű a medicina gyakorlatában és az orvos-beteg kapcsolat etikai aspektusai vonatkozásában.<sup>5</sup> Mi magyarázza ennek az évezredekben átívelő hagyománynak a töretlen életképességét?

Ez a hagyomány az, amely elsőként hívta fel a figyelmet a máig központi jelentőségű kérdéskörre: *a technikailag lehetséges, az orvosilag megengedhető és az erkölcsileg helyes közötti határok meghúzásának problematikájára*. Hippokratész az i. e. 4. században rögzítette e hagyomány két tartópillérét, az orvosi szaktudásnak, valamint a technikailag-orvosilag lehetségesnek az etikai határaitra irányuló kérdéskörét. Ez a *Corpus Hippocraticum*, amely az orvosi praxisról és az orvosi etikáról szóló töredékeket összefoglaló alapirodalomnak számít napjainkban is.<sup>6</sup> Hippokratész hagyatéka a *technikai lehetőség/képesség (Können)* és a *morális elvárás (Sollen)* viszonyában határokat szab, és köteleességeket fogalmaz meg az orvoslás gyakorlata és a kutatás számára egyaránt. Ide tartoznak a tanárt és a családot érintő köszönetnyilvánítási köteletség mellett a pácienssel szembeni hivatásbeli köteleességek. Ennek értelmében a hivatásbeli tudás alkalmazása a beteg javára, sohasem a kárára kell, hogy történjen. Előírja továbbá az eutanázia és a terhességmegszakítás tilalmát, a tisztességes magánélet és hivatásgyakorlás melletti elköteleződést, a páciensekkel való szexuális kapcsolat tilalmát, a titoktartási kötelezettséget.

Nem véletlen, hogy éppen ez a megközelítés terjedt el a nyugati kultúrkörben, ami az orvosi szaktudás jelentőségének hangsúlyozása mellett az etikailag kijelölhető és kijelölendő határok fontosságát állította középpontba. A *Corpus Hippocraticum* az orvosi etika alapszabályainak gyűjteményeként évezredekben át előírta az orvos gyógyító tevékenységében alapvető szabályok betartását. Az orvosi hivatás éthosza ebben a hagyományban az *orvosi cselekvések kötelező kereteit jelöli ki az orvosi hivatást gyakorlók számára*.

### 3.1.2. A hippokratészi hagyomány kiegészülése

*Keresztény szemszögből a betegek és a rászorulóknak a gondozását állították az orvosi etikai reflexiók középpontjába.* Más kultúrákban is találunk hasonló megfontolásokat és előírásokat: a *taoista* orvos Sun Simiao híres munkáját a 7. századból, Gong Tingxian „Tíz szabályát” a 15. századból.<sup>7</sup> Ezen szabályok értelmében a *konfuciánus* írások ismerete és egy mélyen gyökerező etikai alapállás

4 Az i. e. 6. századból származó hippokratészi eskü szellemisége ma is áthatja az orvosi esküket. A beteg/páciens jólléte és a szándékos károkozás kerülése napjainkban is érvényes alapelvek. Vö. Magyar Nagylexikon 1999: 497. A hippokratészi eskühöz németül lásd: Der Eid des Hippokrates. In: Sass 1989, 2006, Függelék: 351–352.

5 Az alábbi kifejtésben nagymértékben támaszkodtam Schildmann és Vollmann megfelelő szócikkére, amely a legújabb német nyelvű összefoglaló írás erről a témáról. Vö. Schildmann – Vollmann 2015: 194–199.

6 Ehhez részletesebben: Sass 1989, 2006: 5.

7 Vö. Sass 1989, 2006: 352–355.

az orvosi cselekvések előfeltételét jelentik. A megfelelő etikai és bölcséleti ismeretek elsajátításának kötelessége azonos szinten van a technikai-orvosi szaktudás birtoklásának kötelezettségével, például a pulzus diagnózisával. A tíz szabály közül az első az, hogy a *betegnek olyan orvost kell keresnie, aki „megvilágosodott”, azaz érti a bölcsesség és az etikailag helyes cselekvések szabályait.* Az együttműködés és a szabályhoz való hűség a második legfontosabb szabály a beteggel való kapcsolatban. Ez a szabályozás ugyanúgy az orvoslás paternalista (atyai-gondoskodó) tradícióját jeleníti meg, mint a Corpus Hippocraticum: az *orvosi paternalizmus közös vonása a konfuciánus orvosi etikának és a hippokrátészi ethosznak egyaránt.* Ez mindmáig mély nyomokat hagyott a medicina gyakorlatában és az orvosok, sok esetben a betegek/páciensek beállítottságában is. Ennek a hatásnak a modern medicinában komoly árnyoldala a beteg passzív hozzáállása, teljes mértékben az orvosra hagyatkozása, alulinformáltsága. Ezek széles körben tapasztalható negatív tünetek, ami pl. a preventív/megelőző gyógyászat elterjedését és hatékonyságát komolyan akadályozza. De hátrányosan befolyásolja a diagnózis felállításától kezdve az egész interakciós folyamatot, ha a beteg passzivitása, alulinformáltsága révén nem működik együtt.

Az említett hagyományok, valamint Paracelsus érdeme, hogy az orvoslást mint tapasztalati tudományt felszabadították a filozófia generalizáló hatása alól, s a megszerzett szaktudást visszacsatolták a filozófia éthoszához. Ennek értelmében a *„Moral Assessment” az etikai önkorlátozás formájában keretet ad a „Technology Assessment”-hez, vagyis a kutatásban nyert újabb ismeretek és újabb technológiák normatív értékeléséhez.* Ebben az is kifejezésre jut, hogy a medicinának nem csak a mai, szinte már felfoghatatlan és követhetetlen természettudományi és technológiai eredményekre alapozódó fejlődése vet fel komoly és nehéz kérdéseket az orvosilag megengedett etika határaitra vonatkozóan. Hogy szélsőséges példákat is hozzunk: méregkeverés, droggészítés, terhességmegszakítás, a kínzás és a gyilkolás bizonyos formái évezredek óta előfeltételeznek olyan ismereteket, amire csak kevesen tettek szert a múltban – és ezen kevesek közé tartoztak az orvosok.<sup>8</sup>

Az orvos szakmai kompetenciája évezredekken át alapot szolgáltatott ahhoz, hogy *eleve aszimmetrikus viszony alakuljon ki orvos és beteg között,* amely viszonyt az orvos dominálja. Ez a magától értetődő aszimmetria az idők folyamán nemcsak aszimmetrikus, hanem erősen *hierarchikus és paternalisztikus* viszonyként rögzült. Ám a modern medicina komplex fejleményei, a 20. század második felének alapvető technológiai, tudományos, társadalmi és jogi változásai és újfajta etikai reflexiói által alkotott keretfeltételek között sok tekintetben *megkérdőjeleződött ez a dominancia.*

8 Sass 1989, 2006: 6.



### **3.1.3. A klasszikus orvosi etika korlátlan érvényességének megkérdőjelezése a modern medicina új tudományos, technikai és társadalmi keretfeltételei között**

Felmerül a kérdés: *mennyiben és milyen értelemben érvényes a hippokratészi étosz a modern orvoslás normáiban és gyakorlatában?*<sup>9</sup> Milyen határok között és milyen jelentésben releváns ma is a hippokratészi eskü normarendszere az orvos-beteg kapcsolatban? Ezek a kérdések különösen élesen fogalmazódtak meg a 20. század második felében kezdődő változások nyomán, amelyek a természettudományos és technikai megalapozottságú orvoslást hozták kedvező helyzetbe. Fundamentális jelentőségűek voltak a medicinára, ennek jogi és etikai aspektusaira nézve azok *a társadalmi, politikai és jogi változások is, amelyek a 20. század 60-as éveiben kezdődtek: a polgárjogi mozgalmak az USA-ban, illetve orvosi perek, amelyek a kutatásban részt vevő személy, majd a beteg mint páciens autonómiájának elismeréséhez és legitimálásához vezettek.*<sup>10</sup> A technikai, természettudományi és társadalmi változások az orvosi szaktudás és a medicina etikai aspektusai számára egyaránt új kihívásokat vontak maguk után. Technikai, szakmai, személyi, szervezeti, pénzügyi, jogi változások eredményeként világossá vált: a medicina és benne az orvos-beteg kapcsolat etikai kérdéseit *többé nem lehet kizárólag a hippokratészi orvosi etika keretein belül értelmezni.*<sup>11</sup> Be kellett látni: a klasszikus orvosi etika eszköztára önmagában nem elegendő az új és újszerű, egyre bonyolultabb kérdéskomplexumok megfelelő kezelésére. Ez természetesen nem egyik napról a másikra történt, sőt még ma sem zárult le, és nem is fog, legalábbis belátható időn belül bizonyosan nem. Újabb, eddig nem ismert esetek vagy újabb technikai fejlemények állandóan napirenden tartják e dilemmákat és vitákat. Mindebben kifejezésre jut *a dinamikusán változó technikai, társadalmi körülményeknek megfelelő etikai válaszok és etikailag releváns cselekvési opciók kidolgozásának szükségessége.*

## **4. Szerkezeti változások a medicinában: az interakciós és kommunikációs terek, illetve a medicina szereplői státuszának átalakulása, ennek kihatása az etikai reflexióra**

Mind az orvos, mind a beteg státusza alapjaiban változott meg. Miközben az orvosi cselekvési terek technikailag rendkívüli módon kiszélesedtek, addig az egyes orvos cselekvési tere elsősorban a specializálódás következtében igencsak beszűkült. *A tág és komplex cselekvési terek nem egy bizonyos orvos hatáskörébe tartoznak, hanem egyre inkább egy teamnek a döntési és cselek-*

9 Uo. 7.

10 A bioetika történetéről részletesebben: Ach/Runtenberg 2002: 18–38, valamint Schöne-Seifert 2007: 13–21.

11 A klasszikus és a hagyományos kifejezést szinonim értelemben használom. – Schöne-Seifert a hagyományos, Hippokratészre visszamenő orvosi etikát klasszikus etikának nevezi. A német szerzők többsége a hagyományos orvosi etika kifejezést alkalmazza.

*vési terei. Az egyes orvosok rá vannak utalva más orvosokkal és az egészségügy más szereplőivel való együttműködésre. Ezen túl a beteggel való együttműködés igénye és szükségszerűsége is felmerült. Vagyis átalakult a hagyományos cselekvési és kommunikációs tér: az orvosnak nemcsak a kollégáival, hanem a beteggel/a pácienssel is meg kell osztania ezt a teret megfelelő cselekvési döntésekhez és ezek véghezviteléhez. Először is a törvényben rögzített beteg-jogok és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés beszerzésének kötelezettségei miatt. Emellett a preventív medicina terjedésének jelentős szerepe volt/van az orvos-beteg kapcsolat cselekvési és kommunikációs tereinek szerkezeti és tartalmi átalakulásában. A fenti fejlemények eredményeként a beteget elkezdtek partnernek: páciensnek tekinteni.<sup>12</sup> További szerkezeti átalakulást jelent, hogy az orvosok mellett megnőtt más, nem-orvosi szereplőknek a súlya. Ide tartozik a gondozószemélyzet, a hozzátartozók, a kutatók, az egészségügyi költségek hordozói, az elosztás instanciái vagy olyan társadalmi szerveződések, mint pl. a mozgáskorlátozottak vagy a vakok egyesületei. Ezek a szereplők bekerültek a kitágult, valamint fel- és megosztott medicinális cselekvési terekbe, s egyúttal az etikai reflexiók tárgykörébe is. E változások nagyban kihatottak/kihatnak a hagyományos orvos-beteg kapcsolatra, annak korábbi kétpólusú jellegét megkérdőjelezve.*

Eközben a medicina szakmai-etikai irányultsága is jelentősen módosult. A többszereplőssé vált orvoslásban az etikailag és szakmailag helyeset immár nem egyedül az orvos, illetve egy bizonyos orvos szabja meg. Például a gondozószemélyzet tagjainak is lehetnek saját, önálló megfontolásai és javaslatai, elvégre ők sokkal gyakrabban érintkeznek a pácienssel és a hozzátartozókkal. Ily módon képessé és alkalmassá válnak arra, hogy a beteg és a hozzátartozók szempontjait és érdekeit közvetítsék a kezelőorvos, illetve az orvosi team felé. E változások eredményeként több szempont és különféle indokolt megfontolások kerülhetnek be a mindenkor eset szakmai-etikai megítélésének kérdéskörébe. Megkerülhetetlenné vált annak tudomásul vétele, hogy az esetek értékelése és a cselekvési opciók kimunkálása nemcsak a medicinális szaktudás bevetését teszi szükségessé a hagyományos etika alkalmazása mellett (a jóttevés és a károkozás kerülése). Ezen túl szükségessé vált újfajta etikai, jogi, teológiai stb. tudás kimunkálása. Ily módon az interdiszciplinaritás a modern medicina integráns elve lett. Mindezek következtében a konkrét esetek értékelésének mind a szakmai, mind az etikai bázisa jelentős mértékben gazdagodott. Az etikai reflexiók témáinak spektruma is jelentősen kitágult, különösen a hagyományos orvosi etika orvosközpontú, ilyen értelemben egyoldalú és szűk témakörével és látásmódjával összevetve. Ezek a változások történetileg először az angolszász bioetikára hatottak rendkívül megtermékenyítően.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Vö. Rózsa 2017b.

<sup>13</sup> Az etikai igazolás modelljeiről vö. Vieth 2006: 47–54.



## 5. A bioetika: adekvát reflexió a medicina új, komplex helyzetére és a növekvő kihívásokra

Ebből a rendkívül összetett szükséghelyzetből született meg (és permanensen újjászületik) a *bioetika mint új tudományterület*. Nem zárt diszciplínaként, nem végleges válaszok vagy végső igazságok formájában, hanem az *állandóan változó technikai, társadalmi és medicinális feltételeknek megfelelően diskurzusok, viták, meghatározott időtartam és körülmények mellett érvényes válaszok és megoldások, releváns cselekvési opciók formájában*. Az új, komplex helyzetből eredő újabb és újabb kihívásokra keresett/keres és adott/ad választ/válaszokat a bioetika és részben a biomedicinális etika. Mindez „*work in progress*”-jellegű ad ennek a tudásterületnek. Ugyanakkor viszonylag rövid időn belül, néhány évtized alatt intézményesült a bioetika, és napjainkra magas szintű tudományos elfogadottsággal és intézményi státusszal rendelkezik a modern társadalmakban – viszonylag „fiatal kora” ellenére.<sup>14</sup>

A bioetikát a hagyományos orvosi etikától eltérően a *medicinális cselekvésre irányuló nyilvános reflexióként* is értelmezik. Ami azt jelenti, hogy a bioetika 1. olyan önálló diszciplínává alakult, amely *nem az orvosi hivatást gyakorlók belső viszonyainak szabályozására szolgáló hivatásbeli etika*, 2. *nyilvánosság előtt zajló diskurzusokat* folytat, ami alkalmat teremt széles rétegeknek a viták követésére, akár az abban való részvételre véleménynyilvánítás, javaslattevés formájában, 3. *kommunikációs tere soha nem látott mértékben kitágult* (pl. ilyen témájú tévéadások főműsoridőben vannak Németországban). Ez visszahatott a diszciplínán belüli kérdésfeltevésekre és vitákra. A médiában nálunk is felkapott terület lett a bioetika néhány témája, pl. az abortusz, az őssejtkutatás és gyógyítás.

Mindez nem véletlen: az élet kezdetével és végével kapcsolatos *bővülő technológiai lehetőségek új dimenzióba helyezik elvileg mindenki számára az életminőség, az élettartam és az ezekhez kapcsolódó, valamilyen módon mindenkit érintő további kérdések sokaságát*. A medicinális cselekvésnek a nyilvánosság előtt (is) zajló bioetikai reflexiója kihat a betegek és minden érdeklődő gondolkodásmódjára, a saját életéről és haláláról alkotott elképzeléseire és tudására. Ezek a reflexiók *elősegítik és támogatják a páciens autonómiáját, igényét a megfelelő tájékoztatásra, és nem utolsósorban bővítik tudását és fejlesztik döntési képességét*. Nem önmagában a törvényalkotás,<sup>15</sup> hanem részben a nyilvánosság és a média felvilágosító szerepének felértékelődésében rejlő potenciál az, ami Magyarországon is kezdeményező és hatékony szerepet játszhat a „normális” betegség- és egészségtudat, illetve az autonómiára való igény kifejlődésében. A beteg önrendelkezési joga 1997. óta törvényesen biztosított, ám ez számos ponton írott malaszt maradt: a magyar társadalom jelentős részében nem tudatosodott az önrendelkezésre való igény – igaz, nemcsak az egészségügyi területén.

14 Ach–Runtenberg 2002: 41–53, Vieth 2006: 21–42, Schöne-Seifert 2007: 21–23.

15 Vö. az 1997-es, ma is példamutatóan korszerű magyar Egészségügyi törvény.

Egy ilyen irányú társadalmi változás természetesen hosszú idő kérdése és számos feltétel teljesülésének függvénye. De napjainkra már kétségszű, hogy az orvos-beteg kapcsolat több tényező összhatásának eredményeként alapjaiban átalakult és átalakulóban van. Ennek eredőjeként *a betegből egyre inkább páciens lett/lesz*, akinek egyre több ország jogrendjében törvényesen biztosított joga van az önrendelkezésre, a megfelelő tájékoztatásra és az őt érintő beavatkozásokról való döntésre. *A felvilágosult és tájékozott beteg* pedig nem feltétlenül teher és veszélyforrás az orvos számára (mert pl. adott esetben beperelheti őt), hanem olyan *kihívás, amelyre lehet jó, konstruktív választ adni a medicina szempontjából is*. Erre példa a *preventív orvoslás*, ahol a beteg nem passzív elszennvedője a beavatkozásoknak, gyógyszeres terápiának, hanem az orvos bevonja őt saját gyógyulásába. Az orvossal együttműködve közösen dolgoznak a legjobb megoldáson, a cselekvési opciók közül a leginkább megfelelőt választják ki, és ha kell, korrigálják, vagy kiegészítik a korábbi megoldást, illetve közösen kiválasztott cselekvési opciót. *Az orvos is nyertes: szakmai tudását bővíti és kiegészíti a beteggel/pácienssel való együttműködése*, a tőle kapott megfigyelési adatok (pl. vérnyomás- és pulzusmérések adatai) sokasága. Ez az fajta kooperáció jó eséllyel *növeli a hatékony megelőzés és a hagyományosnál eredményesebb kezelés esélyét*.

Mindezek a fejlemények nem jelentik azt, hogy többé nincs szükség a hagyományos vagy klasszikus orvosi etikára. Inkább arról van szó, hogy *egyidejűleg többféle megközelítésmód és perspektíva létezik a korszerű medicina különböző összetevői – így a megváltozott orvos-beteg viszony – kapcsán felmerülő etikai problémák tisztázására és a medicinális gyakorlat normatív orientálására*.

Három alapvető szemléletmódot, illetve perspektívát különböztethetünk meg: az orvosi etika, a biomedicinális etika és a bioetika perspektíváit.

## **6. A modern medicina lehetőségei és határai az orvos-beteg kapcsolatban – az orvosi etika, a biomedicinális etika és a bioetika perspektíváiban**

### **6.1. Orvosi etikai perspektíva**

Az *orvosi etika* az orvos-beteg kapcsolat normáira vonatkozó *legrégibb etikai alapállás és nézetrendszer*, valamint *szabályok gyűjteménye*, amelyek különböző kultúrákban és történeti korszakokban gyökereznek.<sup>16</sup> Az orvosi etika *intern* jellegű: súlypontját az orvossal szembeni etikai elvárások alkotják. Az orvos betegeihez és kollégáihoz való viszonyának etikai aspektusait és normáit állítja előtérbe az orvosi etika. Az etikai aspektusokat arra összpontosította (és szűkítette), hogy mit kell az orvosnak tennie vagy nem tennie/elhagynia a beteg jólléte érdekében. A klasszikus orvosi etika a hippokratészi esküre épülve egészen a 20. század hatvanas éveitől induló újfajta etikai megfontolásokig az orvosi hivatást gyakorlók szinte *kizárólagos etikája volt*. Ma is fontos szerepet játszik az orvosi hivatás gyakorlásának normatív orientálásában: a bioetika és a biomedicinális etika fényko-

16 Vö. ehhez Sass 1989, 2006: Függelék: 351–390.

rában is érvényes etikai alapállás maradt. Az orvosi eskü ma is az évezredekken át érvényes hippokratészi orvosetika alapvető elvárásait ismétli és erősíti meg.<sup>17</sup> Árnyoldala lehet, ha az orvosok a gyógyítás mai etikai kérdéseiben is *kizárólag* a hippokratészi elveket tekintik irányadónak. Nem ritka eset, hogy az ezen túlmutató etikai problémákat és az újfajta normákat (pl. a páciens önrendelkezési joga és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés) az orvosok egy része nem tartja relevánsnak, s magára nézve nem fogadja el érvényesnek és kötelezőnek.

## 6.2. Biomedicinális etikai perspektíva

A *biomedicinális etika* olyan orvosi etika, amely a hagyományos orvosi etika elzárkózásával szemben *reflektál az orvoslásban bekövetkezett komplex változásokra*. A biomedicinális etika egyfajta *modern/aktualizált orvosi etika*,<sup>18</sup> ami elsődlegesen *a morálisan kívánatos, megengedett és jóváhagyottat vizsgálja a betegség és az egészség vonatkozásaiban*. Ennek alapja az, hogy az orvosi etika az emberi életnek és az ember jóllétének kitüntetett státuszt tulajdonít a morális javak között.<sup>19</sup> Ezt a kitüntetett státuszt az új feltételek között is megőrzendőnek véli, és ennyiben megtartja a klasszikus/hagyományos orvosi etika látásmódját. Ugyanakkor a modern orvosi etikának ez a meghatározása túl szűknek bizonyul. Gondoljunk olyan cselekvési lehetőségekre, amelyek elsődlegesen nem az egészséggel vagy a betegséggel függnek össze, mégis orvosok technikai vagy tudományos illetékességi körébe tartoznak! Erre példa számos terheségmegszakítás vagy az egészséges embereknel alkalmazott gyógyszeres teljesítménynövelés („Enhancement”).<sup>20</sup> A megváltozott tudományos, technikai, társadalmi, jogi, gazdasági keretfeltételek között felmerülő új és újfajta etikai kérdésekre való reflexiójában *a biomedicinális etika fontos szerepet tulajdonít a hippokratészi elveknek*. Ugyanakkor e hagyományos orvosi etikától eltérően *kész és hajlandó kiegészítő etikai normákat akceptálni és kimunkálni*. Tudomásul veszi, megértéssel fogadja, sőt kezdeményezően reagál arra, hogy az orvoslásban bekövetkezett radikális technikai változások újfajta társadalmi-jogi és etikai reflexiókat hívtak életre, ami tetten érhető pl. a jogalkotásban vagy a társadalomban kikristályosodó új, megfelelőbb etikai normák iránti igényben.

Az utóbbi bő fél évszázadban a biotechnológiai fejlődés következtében a rendelkezésre álló kezelési lehetőségeknek olyan széles spektruma alakult ki, ami korábban elképzelhetetlen volt. Az intenzív terápia, a szervátültetés vagy a mesterséges megtermékenyítés alapjaiban forradalmasította az orvoslás cselekvési lehetőségeit. Ugyanakkor felmerült a kérdés: mi az etikailag megengedhető, hol vannak a határok az új biotechnológiai lehetőségeken belül?<sup>21</sup>

17 Magyarországon minden orvosi egyetemnek, illetve karnak saját orvosi esküje van, de az eskü szövegének lényegi tartalma a hippokratészi hagyományra megy vissza.

18 Schöne-Seifert 2007: 11–13.

19 Uo. 10.

20 Uo. 11.

21 Uo. 10.

Így vált ez az új tudásterület etikailag prominens szférává, ami széles körű nyilvánosságot képes mozgósítani.

A megváltozott helyzetben alkalmazásra kerülő régi normák (a jóttevés, a károkozás kerülése) mellett *kiemelt szerepet kapott két új, korábban ilyen módon nem ismert és nem alkalmazott norma: a beteg/páciens autonómiája/önrendelkezése, ennek elismerése és tiszteletben tartása, valamint a beteg/páciens tájékoztatáson alapuló beleegyezése.* A beteg/páciens önrendelkezése *jogi, törvényekben rögzített norma és erkölcsi elvárás lett.* Ám a klasszikus orvosi etika nem került hatályon kívülre. A megváltozott keretfeltételek mellett is releváns, de hatóköre alapvetően átalakult, jelentősen mérséklődött. Ennek belátása a biomedicinális etikán belül ahhoz a belátáshoz vezetett, hogy szükség van *kiegészítő etikai megfontolásokra.* A hagyományos/klasszikus orvosi etika alapjainak megtartása, egyszersmind határainak belátása, valamint kiegészítő etikai megfontolások bevezetése együttesen jellemzik a biomedicinális etikát, azaz a modern orvosi etikát.

### 6.3. Bioetikai perspektíva

*A bioetika<sup>22</sup> komplex technológiai, szociális, jogi kontextusokban és interdiszciplináris együttműködési formák alkalmazásával tematizálja a modern technológiai*

- 22 A bioetika terminust először Fritz Jahr teológus alkalmazta. Vö. Jahr 2013. – Ám a bioetika napjainkban használatos jelentésének eredete az amerikai bioetika kezdetéhez, az 1970-es évek elejére vezethető vissza. Kezdetől fogva két különböző felfogás konkurált egymással. Az onkológus Van Rensselaer Potter 1971-ben javasolta új diszciplínaként a bioetika létrehozását, aminek a természettudomány és a morálfilozófia szintézisét kell megcélóznia. A bioetikának szerinte globális „túléléstudománynak” kell lennie. Az érzékelhető ökológiai válság nyomán hidat kellene építenie a jövőbe, és megfogalmaznia az emberiség túlélésének feltételeit a világ, a tudomány és az ember által alkotott egésznek a bázisán. Az emberiség túlélésére, előrehaladó jóllétére és a környezettel való harmóniára törekedve világszerte el kell terjednie ennek az etikának, amely a biotudományok minden releváns témáját átfogja, és ehhez interdiszciplináris és metodológiai-kritikai beállítottsággal rendelkezik. Ugyanebben az évben vezette be ugyanezt a fogalmat Andre Hellegers fiziológus és orvos. A bioetikának szerinte is össze kell kapcsolnia a természettudományokat és a medicinát az etikával. Pottertől eltérően azonban a konkrét problémamegoldási stratégiákat állította előtérbe. A tudományos-medicinális szaktudás és az etikai szaktudás professzionizált kombinációját javasolta. A bioetikának szűkebb értelemben alkalmazott, biomedicinális etikának kell lennie, amely hozzájárulhat konkrét problémák megoldásához. Ez a fogalomhasználat győzedelmeskedett, még ha némelyek ragaszkodnak is az „átfogó bioetika” koncepciójához. A *Lexikon der Bioethik* megfogalmazásában bioetikán azon „tényállások etikai reflexióját értjük, amelyek az embernek az étellel való felelősségteljes érintkezésére vonatkoznak”. Innen nézve a bioetika nem saját szabályokkal és elvekkel rendelkező speciális etika, nem is sajátos etika a biológusok vagy az orvosok számára, hanem általános morális elveknek sajátos tárgyterületen való alkalmazására történő kísérlet. Így az alkalmazott etikának egy aldiszciplínája, valamint területi etika, mint pl. a gazdaságetika vagy a technika etikája. Témája az emberi, az állati és a növényi életbe való mindenfajta beavatkozásról való megalapozott állásfoglalás és morális értékelés. Ennek megfelelően a bioetikához tartoznak a biomedicinális etika mellett az állatetika, az ökológiai etika, valamint az e területekre vonatkozó kutatási etika. Így a bioetika tipikus kérdései közé sorolhatók nemcsak az embriókutatás, a magzatelhajtás vagy az eutanázia megengedésének vagy tiltásának kérdései, hanem pl. az a kérdés is, hogy hogyan lehet megalapozni a következő generációkkal szembeni felelősséget, és meddig terjed ez,

változások következményeit az orvoslásban. De nem kizárólag ott: pl. a környezeti etika vagy az állatetika is a bioetikához tartozó „területi etikának” tekinthető.<sup>23</sup>

Alapvető törekvése az új, komplex helyzetnek és keretfeltételeknek megfelelő normák elméleti megalapozása és a megváltozott/változóban lévő (orvosi) gyakorlathoz való közvetítése. A bioetika jellegzetessége az elméleti megalapozásra való igény mellett, ami a német bioetikában különösen hangsúlyos, a *komplex látásmód. Ez a gyakorlathoz való visszacsatolás adekvátságát és hatékonyságát szolgálja*, pl. tanácsadó testületek és szerepek formájában. Vagyis ennek a látásmódnak *közvetlen gyakorlati haszna* is van.

Manapság azonban többnyire azonos értelemben használják a bioetika és a biomedicinális etika terminusokat.<sup>24</sup> Van számos tematikai átfedés. Az orvos-beteg kapcsolat, az orvosi paternalizmus és a páciens autonómiája a biomedicinális etikában is alapvető jelentőségű kérdések. A biomedicinális etika előnye a klasszikus/hagyományos orvosi etikához képest, hogy „figyelembe veszi a biológiai-orvosi kutatások és terápia újabb fejleményeit és lehetőségeit”.<sup>25</sup> A klasszikus/hagyományos orvosi etikát *kiegészítő és transzformáló biomedicinális etikában* az autonómia elvét és az igazságosság elvét állítják középpontba. Ezen elvek törvényi szintre emelkedve és a média által felkapott témakörként a *nyilvánosságra* is tartozó kérdésekké válnak.<sup>26</sup>

Emellett van példa az orvosi etika, a biomedicinális etika és a bioetika hasonló jelentésben való alkalmazására. Bettina Schöne-Seifert *Grundlagen der Medizinethik*<sup>27</sup> címet viselő könyvének már a címe is jelzi: elsődlegesen orvos etikának tekinti azt, amiről itt most szó van. De nem hagyományos orvosi etikának, hanem a biomedicinális etika jelzett értelmében vett etikának, amit időnként viszont bioetikának nevez. A német bioetikában alapműnek számító könyvének címe és fogalomhasználata önmagában is alkalmas ezen új tudásterülettel kapcsolatos terminológiai nehézségek és bonyodalmak illusztrálására.<sup>28</sup>

---

vagy hogy a fajok védelme vajon megalapozható-e, vagy hogy milyen mértékben lehet bevonni állatokat a humán orvosi kutatásokba, vagy hogy van-e a természetnek önálló morális státusza, és ha igen, mit jelent ez az embernek a természettel való érintkezésében. – A bioetikának e tág fogalmával szemben a mai vitákban szűkebb fogalmat alkalmaznak, amely a bioetikát a biomedicinális etikára korlátozza. A „bioethics” kifejezés a „biomedical ethics” rövidítése. Ennek megfelelően a bioetika olyan orvosi etikaként fogható fel, amely figyelembe veszi a biológiai-orvosi kutatások és terápia újabb fejleményeit és lehetőségeit. Vö. Ach–Runtenberg 2002: 13–15.

23 A bioetika tudásterületére tartoznak pl. az állatkísérletek, a tömeges állattartás, az internet befolyása vagy a zöld géntechnika kérdéseiről kialakult viták.

24 Ach–Runtenberg 2002: 15.

25 Uo.

26 Uo. 16.

27 Schöne-Seifert 2007: 1–23.

28 E tanulmány keretében a német bioetikára való összpontosításból adódóan nem tárgyunk a magyar bioetika fejlődése, irányultsága és teljesítménye, gazdag irodalma. Azonban Kovács Józsefnek a modern orvosi etika és a bioetika összefüggéséről alkotott koncepciójára mégis utalunk kell. Ugyanis ez a koncepció körvonalazza azt az alap-

## 7. A három etikai perspektíva együttműködése és a bioetika előnyei

Nem egymást kizáró etikai alapállásokat jelöl a fenti három terminus, hanem a medicina tematikájának, komponenseinek – köztük az orvos-beteg kapcsolatnak – egymástól részben eltérő megközelítési módjait és nézőpontjait. Ezen perspektívák között lehetséges és adott esetben szükséges is az *átjárás*. Nem ritkán adódik olyan helyzet pl. egy súlyos életveszélyes baleset kapcsán, amikor az orvos nem szerezheti be a beteg tájékoztatáson alapuló beleegyezését, hanem azonnal cselekednie kell a beteg legjobb érdekében és a károkozást kerülve.<sup>29</sup> Vagyis a hagyományos orvosi etikai előírásoknak megfelelően kell a beteget ellátnia. Ez a paternalisztikus beállítottság és cselekvési mód nem számúzható a modern orvoslás keretfeltételei között sem. Ha ezt figyelembe vesszük, akkor Schöne-Seifert terminológiai „következetlensége” voltaképpen nem logikai hiba vagy elméleti hiányosság. Inkább a szóban forgó tárgyterület komplex jellegének és ebből is eredő többféle megközelítésmódjának és perspektívájának a kifejeződése, és terminológiahasználata e különböző perspektívák közelítését célozza meg. Úgy tűnik, hogy a medicinális gyakorlat etikai normálásakor *e megközelítésmódok megfelelő együttes alkalmazásával pontosabban megragadható egy adott konkrét, komplex eset, mintha csak az egyik vagy másik perspektíva kizárólagos érvényessége mellett kardoskodnánk*. E különböző nézőpontok összekapcsolásának létezik megfelelő cselekvési bázisa és formája a modern medicinában: ez nyilvánul meg pl. a modern orvoslás teammunkajellegében vagy a tájékoztató beszélgetésben. A cselekvési tereknek újszerű fel- és megosztása nemcsak szakmai, hanem *etikai jelleggel* is rendelkezik. E megosztott cselekvési térben tud az orvos, a filozófus-etikus, a jogász, adott esetben pszichológus és/vagy teológus egy-egy konkrét eset elemzésében és értékelésében termékenyen együttműködni. Ennek eredményét felkínálják a beteg/páciens számára, miután etikailag is értékelt cselekvési opciókat munkáltak ki.

Ugyanakkor a *különbségeket nem lehet és nem is kell tagadni*. Az interakciós formák és cselekvési típusok eltérőek a három megközelítési módban. A klasszikus/hagyományos orvosi etika orvoscőzpontú, illetve orvosi döntés- és beavatkozáscentrikus, a biomedicinális etika/modern orvosi etika a páciens a kétpólusú, ám szakmai tudás szempontjából eleve aszimmetrikus viszony integráns részének tekinti. A bioetika ezzel szemben az orvosszerepet lényegesen relativizálja a medicinában – a minden érintett (a páciens, a gondozószemélyzet, a család, az intézmény pénzügyi helyzete és politikája stb.) státuszában és kompetenciájában bekövetkezett alapvető változások eredményeként. E szemléletmód keretében kimutatható, hogy az orvos szerepének és feladatkörének a specializálódás révén eleve szűkebb szakmai kompetenciára való alapozása az orvos számára nemcsak veszteség, hanem tehermentesítést

---

állást, amelyet jelen tanulmány szerzője is oszt, amikor kifejti a klasszikus/hagyományos etika, a biomedicinális etika (modern orvosi etika) és a bioetika eltéréseit. Vö. Kovács 1997, 1999, 2006.

<sup>29</sup> Wolff 1989, 2006: 193–194.



is jelenthet. Ugyanis ezáltal olyan feladatok hozzáértő ellátásának elvárását támasztják vele szemben, amelyben mindenekelőtt szakértői felkészültségére és az ehhez kapcsolódó felelősségére van szükség.

Tény: a közvetlen orvosi beavatkozások aránya számottevően csökken, az egészségügy más szereplőinek szakmai munkamegosztáson alapuló kompetens tevékenységi köre viszont bővül. Visszavonhatatlanul sokszereplőssé vált az egészségügyben a páciens gyógyításának területe. Gondoljunk olyan nehézségekre, mint a finanszírozás vagy a szűkösen rendelkezésre álló szervek igazságos elosztása, a gyógyító nem-orvosi személyzet arányának bővülése pl. pszichológus, gyógytornász, fizioterapeuta vagy a modern technológiát (MRI, CT stb.) kezelő szakember alkalmazásával.

A jelzett problémák beazonosítására a komplex kontextusokat és keretfeltételeket integráló, *interdiszciplináris* bioetika sokkal inkább lehetőséget kínál, mint az orvosi etika, amely az orvos-beteg/páciens duális, aszimmetrikus kapcsolatra koncentrál. Ennek ellenére megőrzendőnek tűnik az orvosi etika nézőpontja is: ez nyújtja az első fogódzókat az orvos-páciens kapcsolat lényegi vonásainak feltárásához. Elvégre minden technikai és társadalmi változás ellenére a modern medicina keretfeltételei között is az orvos-beteg kapcsolatnak van elsődleges jelentősége. Ezt semmiféle technikai fejlemény nem írhatja felül. Ugyanakkor elkerülhetetlen, hogy bevonásra kerüljenek a bioetikai perspektíva ezen túlmutató, a konkrét praxist eredményesebben orientáló további normatív elemei és aspektusai. A modern/modernizálódó társadalmakban már nem lehet *kizárólag* az orvosi etikára támaszkodni konkrét esetek normaproblémáinak megítésében.

*Az orvosi etikának a bioetikával való együttműködése a jövő útja. Erre a biomedicinális megközelítés és ennek az orvoslás gyakorlatában való közvetlen alkalmazása a legjobb példa, ahol a két nézőpont konkrét esetek kapcsán együttesen kerül alkalmazásra.* A klinikai gyakorlatban pl. egy onkológiai eset kapcsán az onkológus együttműködik az eset minél adekvátabb megközelítése és hatékonyabb kezelése érdekében a pszichológussal, az érintett terápiáért felelős szereplőkkel, a bioetikussal vagy a teológussal, ha az eset úgy kívánja. Mindnyájan elővezetik a többiek számára is érthetően saját szakmai szempontjaikat. Ez a *megosztott tudás megfelelő alap lehet a vitatott pontok és az eltérő nézőpontok közelítéséhez.* Ez az eljárás nem feltétlenül vezet kompromisszumhoz, hanem elsősorban *a beteg számára kínálandó cselekvési/beavatkozási opciók minél pontosabb és megfelelőbb kimunkálását és etikai értékelését szolgálja.* Ebben az együttműködési formában nem az orvos a kizárólagos szakértő, hanem *mindnyájan szakértők a maguk területén, és ugyanakkor laikusok a többiek területén.* De a konkrét eset alkalmat és lehetőséget kínál olyan megoldások kimunkálására, amelyek a beteg/páciens javát leginkább szolgálják, a közösen kidolgozott tudás magasabb hatékonyságának esélye mellett. Nem kétséges, hogy az orvos is nyertese ennek: *egy ilyen együttműködés keretében sokkal többet érhet el páciense érdekében, mintha egyedül próbálkozna rajta segíteni.*<sup>30</sup>

30 A laikusok és a szakértők változó státuszának kérdése az etikában új tématerület. Vö. Vieth 2006: 33–42.

## Irodalom

- Ach, J. S. – Runtenberg, Ch. (2002): *Bioethik: Disziplin und Diskurs*. Zur Selbstaufklärung angewandter Ethik. Frankfurt a. M.
- Jahr, F. (2013): *Aufsätze zur Bioethik 1924 –1948*. Szerk. Sass, H. M. Münster.
- Kolosi T. – Tóth I. Gy. (2010): *Magyarország a világ értéktérképén*. Budapest.
- Kovács I. – Dupcsik Cs. – P. Tóth T. – Takács J. (szerk.) (2012): *Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon*. Budapest.
- Kovács József dr. (1999, 2006): *A modern orvosi etika alapjai*. Bevezetés a bioetikába. Átdolgozott kiadás. Budapest.
- Kőműves Sándor (2012): Technikai eredmények és demokratikus értékek párbeszéde. Utószó. In: Quante, M.: *Emberi méltóság és személyes autonómia*. Debrecen.
- Rózsa Erzsébet (2017a): *Autonómia és paternalizmus*. Az orvos-beteg kapcsolat etikai kérdései a modern medicinában. Debrecen, 412 l.
- Rózsa Erzsébet (2017b): Deficit az orvos-beteg/páciens kapcsolatban. In: *Metszetek* Vol. 6 (2017), No. 2, 203–227., ISSN 2063-6415, <http://metszetek.unideb.hu>
- Rózsa Erzsébet (2017c): Etikai kérdések az átalakuló orvos-beteg kapcsolatban és a gyengített orvosi paternalizmus I. rész. In: *Med. Et Jur.* 9. évf. (2017) 1. szám, 19–25., [www.medetjur.hu](http://www.medetjur.hu)
- Sass, H.-M. (szerk.) (1989, 2006): *Medizin und Ethik*. Stuttgart.
- Schildmann, J. – Vollmann, J. (2015): Arzt-Patient-Verhältnis. In: Sturma, D. – Heinrichs, B. (szerk.): *Handbuch Bioethik*. Stuttgart–Weimar, 194–199.
- Schöne-Seifert, B. (2007): *Grundlage der Medizinethik*. Stuttgart.
- Valuch Tibor (2015): *A jelenkori magyar társadalom*. Budapest.
- Vieth, A. (2006): Einführung in die Angewandte Ethik. Darmstadt.
- Wolff, H. P. (2006): Arzt und Patient. In: Sass, H. M. (szerk.): *Medizin und Ethik*. Stuttgart 184–211.